

# Abordaje de los trastornos del estado de ánimo en la atención primaria de salud

## Definición del problema

Este protocolo trata del abordaje, en el contexto de la atención primaria de salud (AP), de aquellos pacientes que padecen trastornos mentales en los que la principal manifestación está relacionada con la alteración de su estado de ánimo o, dicho de otra manera, de su humor (afectividad) según nos refiramos a la nomenclatura correspondiente al DSM-IV-TR<sup>1</sup> o a la CIE 10<sup>2</sup>. Esta alteración puede ser en el sentido de ánimo deprimido (depresión) o de ánimo expansivo (manía) y será considerada anormal en función del contexto en que aparezca, de su duración, de su intensidad y del grado de interferencia en la conducta y en la vida cotidiana de la persona. En mayor o menor grado suelen estar también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o somático.

Es importante tener en cuenta que vamos a tratar del enfoque para los profesionales de AP, cuyos pacientes tienen, en general, un perfil menos grave que los que llegan a los centros de salud mental (SM). La especial proximidad y conocimiento entre el paciente y el profesional de la medicina o enfermería de AP, así como la continuidad en la atención en diferentes momentos de la vida, ofrecen una situación privilegiada para, en muchos casos, contener y acompañar en la búsqueda del sentido vital profundo de la alteración del estado de ánimo que mueve al paciente a ir a la consulta. En estas circunstancias también es posible colaborar con el paciente en el proceso de aceptar el malestar emocional común (la tristeza normal, inherente a la experiencia humana), o de encontrar el significado del malestar que le aqueja y su relación con alguna circunstancia vivida, que de entrada puede no ser evidente para el consultante.

Las causas de los trastornos del estado de ánimo (TEA) o del humor (afectivos) son fruto de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales<sup>3,4</sup>.

El diagnóstico de “depresión” hace referencia a un constructo amplio y heterogéneo, basado en el acuerdo de expertos que ha ido variando a lo largo de los años, hasta cierto punto arbitrario y reduccionista y desde luego discutible<sup>5-7</sup>, que no puede basarse ni en datos de laboratorio ni en pruebas complementarias. Las dos clasificaciones actualmente más usadas, la DSM-IV TR<sup>1</sup>, patrocinada por la *American Psychiatric Association* (APA), y la CIE 10<sup>2</sup>, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son ediciones actualizadas de las que surgieron a mediados del siglo pasado, buscando la posibilidad de obtener grupos de pacientes relativamente homogéneos desde el punto de vista fenomenológico, para facilitar la organización administrativa de la asistencia sanitaria y la investigación. En España está muy extendido el uso de la clasificación estadounidense DSM IV-TR<sup>1</sup>, a diferencia de la mayoría de los países europeos<sup>6</sup>, en los que se usa de modo generalizado la clasificación de la OMS CIE 10<sup>2</sup>, si bien, para el tema que nos ocupa, ambas clasificaciones son muy compatibles.

Ya en 1980, en la tercera edición del DSM, la APA optó por no diferenciar entre endógeno y reactivo, o entre neurosis y psicosis, estructuras que hasta entonces la psiquiatría consideraba radicalmente distintas<sup>8</sup>, y la clasificación se basa en las manifestaciones fenomenológicas que presenta el paciente tanto si son debidas a un rasgo como a un estado. El hecho de que el diagnóstico en estas clasificaciones se base exclusivamente en cumplir una lista de requisitos y síntomas, a menudo reducidos a un valor numérico, y que el tratamiento sea mayoritariamente con fármacos a los que se denomina antidepresivos transmite ideas de sencillez en el diagnóstico y de especificidad del tratamiento un tanto engañosas. Los llamados fármacos antidepresivos se consumen cada vez más<sup>9,10</sup> y se hallan año tras año entre los más prescritos por el Sistema Nacional de Salud<sup>11</sup>, lo que representa un volumen de negocio muy considerable con gran repercusión económica para la poderosa industria que los produce.

En las últimas décadas se ha difundido la idea de considerar la “depresión” como una “enfermedad en

progresión” sin incidir suficientemente en que esta progresión es debida a causas psicosociales como el envejecimiento de la población, el incremento de factores de riesgo (como la situación de paro laboral, la pobreza, las migraciones, la falta de soporte familiar y social), el aumento del abuso de sustancias, la soledad y la ruptura de redes sociales. Además, socialmente se tiende a equiparar, de forma simplista, a otras enfermedades orgánicas como si surgiera escindida del paciente y de su contexto, lo cual no facilita que la persona comprenda lo que le sucede, ni facilita el abordaje terapéutico por parte del profesional de AP. La última edición de 2009 de la guía de depresión del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE)<sup>12</sup> del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, referente para muchas otras guías a nivel internacional, se ha basado en la DSM IV-TR<sup>1</sup>.

## Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

Los TEA se clasifican según el tipo (si solo hay episodios depresivos o si se alternan con episodios de manía o hipomanía), según la intensidad de los síntomas, y según el número de episodios a lo largo del tiempo.

## Trastornos bipolares

Los trastornos bipolares (TB) son poco frecuentes, pero de peor pronóstico que los trastornos depresivos. Son TEA en los que, además de uno o más episodios depresivos, hay uno o más episodios maníacos (tabla 1), episodios mixtos (manía y depresión se alternan durante el día) o episodios hipomaníacos. Se denomina hipomanía la euforia leve que no cumple todos los criterios de la manía; es una alteración menos intensa, con ideas de grandiosidad menos exageradas, sin ideación delirante ni alucinaciones y no causa un deterioro tan marcado. Los médicos de AP deberían preguntar por síntomas hipomaníacos o maníacos (presentes y pasados) cuando atienden pacientes con depresión mayor e hiperactivos o con conducta desinhibida.

### Trastorno bipolar tipo I

Es aquel en que hay uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los pacientes

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de manía según la DSM-IV TR**

#### **Estado de ánimo elevado o expansivo (manía) acompañado de tres o más de los siguientes síntomas**

- Aumento de la autoestima o grandiosidad
- Disminución de la necesidad de dormir
- Verborrea
- Fuga de ideas, experiencia subjetiva de pensamiento acelerado
- Tendencia a distraerse
- Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
- Implicación excesiva en actividades placenteras con muchas posibilidades de tener consecuencias graves (como compras exageradas o descontrol en la conducta sexual)

#### **Si el estado de ánimo no es elevado o expansivo, sino que es irritable, tiene que ir acompañado de un mínimo de cuatro de los síntomas anteriores**

- Los síntomas no pueden cumplir criterios de episodio mixto (manía y depresión se alternan durante un mismo día)
- La alteración del estado de ánimo debe ser suficientemente grave como para producir alguna de las siguientes circunstancias:
  - Provocar deterioro laboral
  - Provocar deterioro de las actividades habituales
  - Provocar deterioro de las relaciones con los demás
  - Necesitar hospitalización para prevenir los daños a uno mismo o a los demás
  - Presencia de síntomas psicóticos

Tomada de: *American Psychiatric Association*<sup>1</sup>.

hayan presentado antes uno o más episodios depresivos mayores. Se diagnostica el episodio maníaco cuando durante un período mínimo de una semana (o menos si precisa de hospitalización) el paciente cumple los criterios de manía.

### Trastorno bipolar tipo II

Es aquel en que la persona presenta repetidos episodios depresivos mayores acompañados, como mínimo, de un episodio de hipomanía.

### Trastorno ciclotímico

También denominado ciclotimia, según la CIE-10<sup>2</sup>. Es una alteración del estado de ánimo persistente y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos. Tanto unos como otros son in-

suficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios de manía o depresión mayor.

En los adultos se exige una duración mínima de 2 años, y de 1 año en niños y adolescentes, y además es necesario que no haya períodos de eutimia (ánimo normal) superiores a 2 meses. La clasificación DSM-IV-TR<sup>1</sup>, a diferencia de la CIE 10<sup>2</sup>, incluye el trastorno ciclotímico dentro de los TB.

## Trastornos depresivos

Son los TEA con uno o más episodios depresivos, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Los datos de prevalencia de trastorno depresivo y distimia en población que acude a la medicina general, en un estudio multicéntrico realizado en 15 países correspondientes a diferentes culturas de todo el mundo, son del 10,4% y del 2,1%, respectivamente<sup>13</sup>, y los datos de prevalencia en la población general de Europa occidental de trastorno depresivo ma-

yor y distimia son del 12,8% y del 4,1%, más frecuentes en las mujeres (16,5% y 5,6%)<sup>14</sup>. Los datos obtenidos en nuestro país son similares<sup>15</sup>.

### Trastorno depresivo mayor de episodio único de la DSM-IV-TR<sup>1</sup>

Llamado episodio depresivo según la CIE-10<sup>2</sup>, se diagnostica cuando se cumplen los criterios de depresión mayor (tablas 2 y 3). El episodio debe ir acompañado de un malestar clínico significativo y/o deterioro social y laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Todos los síntomas que empleamos para hacer el diagnóstico deben estar presentes y con suficiente intensidad cada día, la mayor parte del día, durante 2 semanas como mínimo.

### Trastorno depresivo mayor recidivante de la DSM-IV-TR<sup>1</sup>

Es denominado como trastorno depresivo recurrente según la CIE-10<sup>2</sup>. Se diagnostica cuando a lo largo del tiempo el paciente presenta, al menos, dos episodios depresivos separados por un mínimo de 2 meses de eutimia.

**Tabla 2. Criterios diagnósticos y de gravedad del trastorno depresivo mayor según la DSM-IV TR**

Presentar como mínimo un síntoma guía (A) entre los dos siguientes:

- Ánimo deprimido
  - Desinterés o disminución del placer en casi todas las actividades
- En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste

El paciente también debe experimentar un mínimo de tres o cuatro síntomas entre los siete siguientes (B), de modo que en total A + B sumen un mínimo de cinco:

- Cambios en el apetito o el peso
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones de la actividad psicomotora
- Falta de energía
- Sentimientos de infravaloración o culpa
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes de muerte, o ideas, o planes suicidas

El episodio debe ir acompañado de un malestar clínico significativo y/o deterioro social y laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Todos los síntomas que empleamos para hacer el diagnóstico deben estar presentes y con suficiente intensidad cada día la mayor parte del día durante 2 semanas como mínimo

#### Criterios de gravedad según el DSM-IV-TR<sup>1</sup>

Se considera:

- Depresión subclínica si presenta menos de cinco síntomas
- Depresión leve si hay cinco o más síntomas pero con repercusión funcional leve
- Depresión moderada si los síntomas causan una limitación funcional moderada
- Depresión grave si están presentes la mayoría de los síntomas con repercusión funcional grave, ya sea con o sin síntomas psicóticos

Tomada de: *American Psychiatric Association*<sup>1</sup>.

**Tabla 3. Criterios diagnósticos y de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10**

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar como mínimo dos semanas
2. El episodio no debe ser atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todo los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persisten durante al menos dos semanas
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

C. Además debería estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total fuera al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminuciones de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminuciones o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Síndrome somático

Pueden estar presente o no

#### **Según gravedad**

- Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de su actividad diaria
- Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con la realización de las actividades ordinarias
- Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. *Pueden aparecer síntomas psicóticos* tales como alucinaciones, delirios, enlentecimiento psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo

Tomada de: OMS<sup>2</sup>.

## **Trastorno distímico según la DSM-IV-TR<sup>1</sup>**

La distimia, así llamado según la CIE-10<sup>2</sup>, es una alteración del ánimo, más bajo de lo normal, pero sin la intensidad necesaria para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, debe tener una duración de 2 años o más en adultos y, mínimo de 1 año en niños y adolescentes, durante los que no hay períodos de eutimia de más de 2 meses de duración.

## **Trastorno depresivo no especificado**

Incluye episodios no clasificados en los apartados anteriores, como las depresiones subclínicas y recurrentes de menos de 2 años de duración.

## **Cronicidad de un episodio depresivo mayor según la DSM-IV-TR<sup>1</sup>**

Es conocido desde antiguo que las depresiones, en la mayoría de los casos, tienen una evolución espontánea pasados varios meses (sin tratamiento generalmente entre 3 y 7 meses) hacia la curación<sup>8</sup>. Se considera crónico aquel episodio en que los criterios de trastorno depresivo mayor se han cumplido de forma continuada durante un mínimo de 2 años. En un estudio poblacional<sup>16</sup> se vio que el 50% de los pacientes con un primer episodio depresivo se recuperan y no recaen ya más a lo largo de su vida. En un 35% de los casos sí presentan otro u otros episodios a lo largo del tiempo, por lo que pasa a ser un trastorno depresivo mayor recidivante, y en un 15%

no llega a remitir el episodio y quedaría clasificado como trastorno depresivo mayor crónico.

## Clasificación según la gravedad de los trastornos depresivos

Los episodios depresivos, por su gravedad, se clasifican en subclínicos, leves, moderados y graves con o sin síntomas psicóticos. En las tablas 2 y 3 se muestran los criterios de gravedad según la DSM-IV-TR<sup>1</sup> y la CIE-10<sup>2</sup>.

## Presentación clínica de los trastornos del estado de ánimo

### Presentación clínica de los episodios depresivos

Los motivos que llevan a la persona con un trastorno depresivo a consultar al médico son diversos y pueden confundir al profesional. Es fácil orientarse si la consulta es por tristeza, desinterés, insatisfacción, alteraciones del sueño y del apetito, o disminución del placer (anhedonia) en casi todas las actividades. Pero también debe sospecharse ante síntomas y signos mal definidos como astenia, quejas somáticas vagas y/o con múltiples localizaciones. Pueden presentarse junto con síntomas ansiosos y neurovegetativos. La tabla 4 resume aquellas circunstancias en que es recomendable investigar la presencia de un trastorno depresivo, ya sea por los factores psicosociales o por las manifestaciones o conductas de la persona que consulta<sup>17</sup>. Pero se recomienda hacer el diagnóstico y comunicarlo al paciente valorando que el momento y la situación sean los adecuados, ya que debería haber una buena preparación y disponibilidad por parte del profesional para poder hacer un buen abordaje y orientar correctamente el tratamiento. Si los recursos de tiempo, formación, disposición anímica, etc., no son los adecuados y no hay riesgo inminente para el paciente, es mejor posponer el diagnóstico y citarlo de nuevo con más tiempo, ya que lo prioritario no es pasar un test al paciente y etiquetarlo, sino acoger su malestar emocional.

En AP es frecuente que el TEA se manifieste de forma enmascarada a través de sintomatología somática, que es la que lleva a la persona a acudir a la consulta<sup>18</sup>. Patología inespecífica como cefalea, lumbago crónico, dorsalgia, mareos, parestesias, tras-

**Tabla 4. Situaciones en que es recomendable descartar trastorno depresivo**

#### Antecedentes de manifestaciones o conductas

- Historia anterior de trastornos depresivos
- Antecedentes familiares de trastornos mentales graves (esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar)
- Antecedentes familiares o personales de intento de suicidio
- Enfermedad física crónica y/o severa
- Pacientes con manifestaciones psicopatológicas
- Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareo, cefalea, parestesias politópicas, lumbago crónico, dolor torácico atípico)
- Pacientes consumidores habituales de psicofármacos o sustancias psicoactivas
- Pacientes hiperfrecuentadores de atención primaria

#### Factores psicosociales predisponentes

- En la infancia: pérdida o separación de los padres, pérdida del contacto con el hogar
- En la adolescencia: pérdida o separación de los padres, del hogar y de la escuela, fracaso escolar
- En adultos jóvenes: ruptura matrimonial, embarazo, nacimiento de un hijo disminuido, pérdida del trabajo, pérdida del progenitor, emigraciones y falta de recursos sociales
- En adultos y ancianos: jubilaciones, pérdida de funciones físicas, duelo, pérdida de un familiar, enfermedad en la familia
- Responsabilidad de cuidar a otros, por ejemplo, cuidadora de un familiar anciano
- Otras transiciones psicosociales

Modificada de: Tizón JL<sup>17</sup>.

tornos gastrointestinales inconcretos, palpitaciones, disnea suspirosa, trastornos del apetito, astenia, falta de energía, etc., una vez descartada la etiología orgánica, debe hacer sospechar la presencia de un trastorno adaptativo con ánimo depresivo o mixto, o un trastorno afectivo no explícito. El TEA también puede quedar oculto bajo comportamientos u otros síntomas psicológicos como, por ejemplo, conductas autodestructivas, alcoholismo y otras adicciones, propensión a los accidentes, anorexia, bulimia, ludopatía, alteraciones del sueño, hipocondría, hiperfrecuentación del sistema sanitario, dificultades de aprendizaje, pérdida de memoria, etc.

Las manifestaciones del TEA varían según el origen sociocultural de la persona que consulta y su edad:

- En la infancia y adolescencia el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, y el TEA puede manifestarse en forma de alteraciones conductuales, abuso de sustancias y fracaso escolar.

– El embarazo y posparto es una etapa de cambios profundos en la vida de la mujer que requieren de una gran capacidad de adaptación por parte de ella y un buen apoyo del entorno que favorezca esta adaptación. Los TEA que aparecen en estas etapas son especialmente delicados ya que, en caso de tener que prescribir un tratamiento farmacológico, es necesario que éste no afecte al feto, o que sea compatible con la lactancia materna. En el posparto pueden ser especialmente graves, tanto por la mayor frecuencia de los síntomas psicóticos como por la repercusión en la relación entre la madre y el bebé, tan importante en esta fase de la vida.

– Inmigración. El duelo migratorio es difícil de elaborar, y las personas en esta situación están expuestas a sufrir trastornos adaptativos y depresivos, especialmente cuando la migración se realiza en malas condiciones personales y/o sociales, y más cuando la decisión no responde a la propia iniciativa<sup>19</sup>. La comunicación, tanto verbal como no verbal, puede estar influida, aparte de las dificultades de comprensión idiomática, por sus referentes culturales, por sus creencias, tanto religiosas como sociales, por el diferente significado dado a las palabras o a la gestualidad del personal sanitario. Todo ello implica un mayor esfuerzo de éste para adquirir competencias interculturales, ayudado por el trabajo en equipo multidisciplinario, y de material audiovisual informatizado.

– En las personas con niveles socioculturales bajos suelen predominar las quejas somáticas sobre las afectivas<sup>20</sup>.

– En las personas ancianas, los trastornos depresivos pueden pasar desapercibidos. Hay que hacer una entrevista y exploración física cuidadosas ante su sospecha, para evitar confundir los síntomas con el declive normal de capacidades físicas y mentales causado por el envejecimiento. La experiencia emocional predominante en las personas ancianas es la pérdida de facultades físicas y mentales y el duelo por la decadencia y muerte de la pareja, amigos, familiares, conocidos, el cambio del estatus laboral y de prestigio social. Estas situaciones requieren una buena capacidad de adaptación a los cambios, y el trastorno adaptativo o depresivo puede ser una respuesta desadaptativa a la pérdida. Puede manifestarse como un deterioro de la memoria, problemas de concentración, alteración funcional de la capacidad de juicio e irritabilidad.

## Presentación clínica de los episodios maníacos

La edad de aparición más frecuente es en la adolescencia tardía o edad adulta temprana, y se produce

otro pequeño aumento en la incidencia a partir de la segunda mitad de la vida. A menudo no es el paciente quien consulta, sino sus familiares y allegados, que detectan un cambio de conducta llamativo y disfuncional (tabla 1). Y es que los episodios maníacos, aunque poco frecuentes, irrumpen de tal manera en la vida y las relaciones del paciente que son fácilmente reconocibles. En cambio, los episodios hipomaníacos pueden pasar desapercibidos, ya que paciente y familiares es fácil que los consideren como un período de mejoría y no consulten al médico por este motivo. Se debe hacer un interrogatorio cuidadoso para detectar la presencia de períodos de hipomanía, que marca la diferencia entre trastorno bipolar II y trastorno depresivo.

## Diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo

Los TEA son síndromes que deben diagnosticarse solo cuando se cumplen un número mínimo de criterios (tablas 1 a 3). Es obligado descartar que se trate de un trastorno de origen orgánico si los síntomas afectivos son atribuibles a una enfermedad médica (tabla 5)<sup>21,22</sup>, y también se debe descartar que se trate de un trastorno inducido por sustancias cuando la clínica afectiva está relacionada con el consumo de fármacos o drogas (tabla 6)<sup>21,22</sup>.

Un trastorno del estado del ánimo puede coexistir con otros trastornos, como los de la alimentación, el alcoholismo y trastornos de la personalidad.

La figura 1 muestra el algoritmo diagnóstico del trastorno del estado de ánimo depresivo adaptado a la AP<sup>23</sup>.

## La entrevista clínica: principal herramienta diagnóstica

El diagnóstico de los TEA es fundamentalmente clínico a través de la entrevista. A veces habrá que hacer más de una para completar el diagnóstico y encontrar la mejor forma de abordar el tratamiento. Mediante la entrevista buscamos los criterios diagnósticos y entramos en la fase de tratamiento por la contención que representa para la persona el sentirse atendida, comprendida y escuchada con finalidad terapéutica. No se trata de llenar un cuestionario o test, ni de cumplimentar una lista de síntomas, sino de un en-



**Tabla 5. Enfermedades orgánicas que pueden asociarse a síntomas depresivos o maníacos****Enfermedades orgánicas que pueden asociarse a síntomas depresivos**

- Neurológicas: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, tumores intracraneales, traumatismos craneales, hidrocefalia normotensiva, miastenia grave
- Cardiovasculares: infarto de miocardio, miocardiopatías, insuficiencia cardíaca
- Reumatológicas: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, arteritis de células gigantes
- Infecciosas: sida, encefalitis, tuberculosis, mononucleosis infecciosa, hepatitis, neurosífilis, cuadros virales
- Endocrinas: hipo e hipertiroidismo, hipo y hiperparatiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, hipogonadismo, diabetes mellitus, porfiria aguda intermitente
- Oncológicas: cáncer de páncreas, otros tumores abdominales, neoplasias cerebrales
- Otras: anemias, déficits vitamínicos (B<sub>12</sub>, folatos, niacina, tiamina), síndrome carcinoide

**Enfermedades orgánicas que pueden asociarse a síntomas maníacos**

- Neurológicas: accidente vascular cerebral, traumatismos craneoencefálicos, encefalitis (incluida la infección por VIH), enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson, esclerosis múltiple, tumores, epilepsia, enfermedades neurodegenerativas
- Otras: enfermedad de Cushing, hipertiroidismo, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal, hemodiálisis

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Modificada de: Herrán A, et al<sup>21</sup> y Pedrejón C, et al<sup>22</sup>.

**Tabla 6. Sustancias que pueden inducir depresión y manía****Sustancias que pueden inducir depresión**

- Fármacos cardiovasculares: reserpina, propranolol, alfa-metildopa, clonidina, hidralazina, bloqueantes de los canales del calcio, hipocolesterolemiantes, digital, IECA
- Antiinfecciosos: interferón, isoniazida, metronidazol
- Antiinflamatorios: AINE
- Antineoplásicos: asparaginasa, vinblastina, vincristina y otros
- Psicofármacos: neurolépticos, benzodiacepinas
- Hormonas: anticonceptivos orales, corticoides, esteroides anabolizantes, extractos tiroideos
- Sustancias de abuso: alcohol, cocaína, opiáceos, anfetaminas (abstinencia)
- Intoxicaciones: plomo, benceno, mercurio, bismuto, quinina, monóxido de carbono
- Otras: anticolinérgicos, metoclopramida, L-dopa, cimetidina, disulfiram

**Sustancias que pueden inducir manía**

- Psicofármacos: antidepresivos
- Broncodilatadores: teofilina, betaadrenérgicos
- Hormonas: corticoides incluida la ACTH, andrógenos
- Sustancias de abuso: alcohol, cocaína, anfetaminas, estimulantes, drogas de diseño
- Otras: L-dopa, cloroquina, isoniazida, metoclopramida

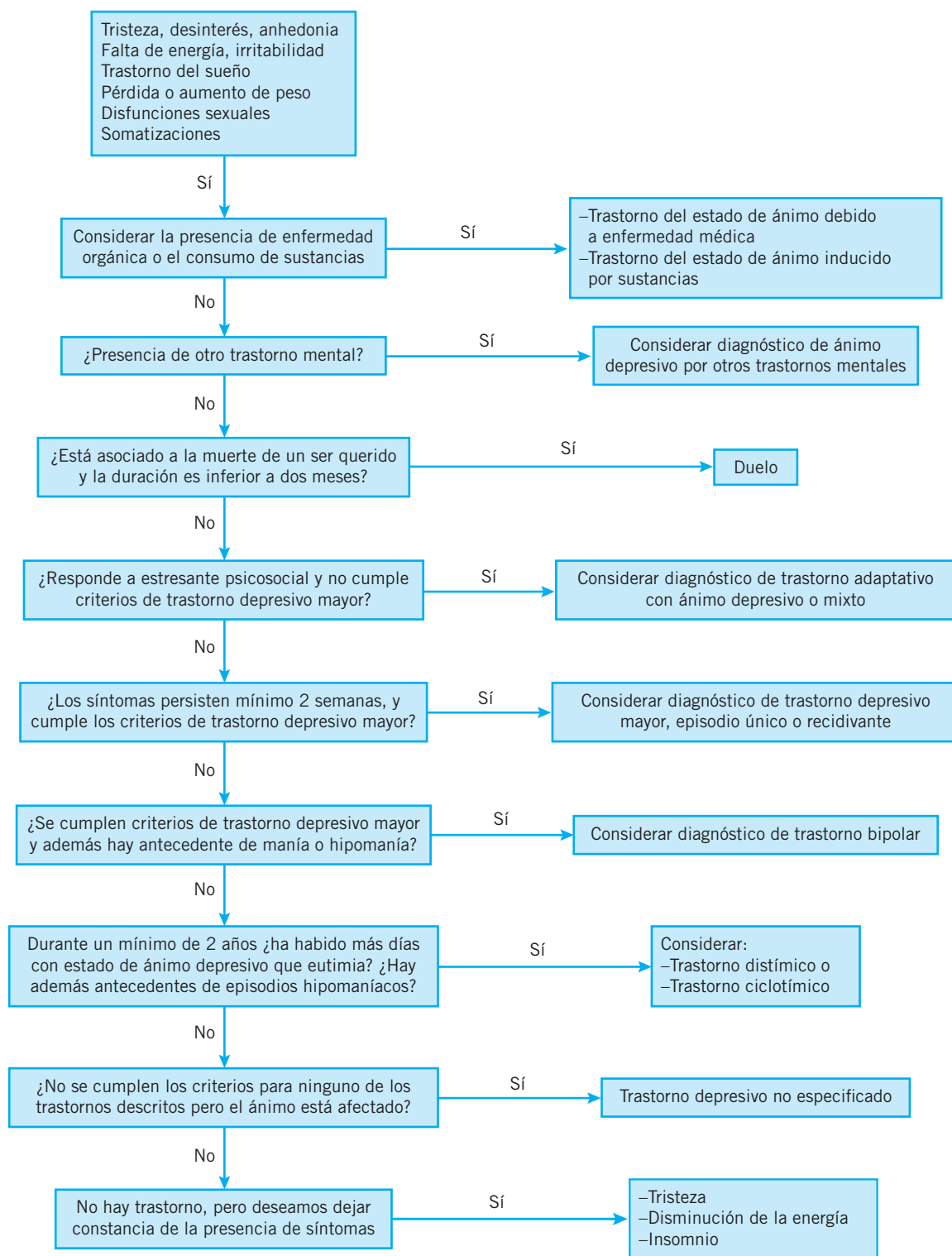
ACTH: hormona corticotropina; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

Modificada de: Herrán A, et al<sup>21</sup> y Pedrejón C, et al<sup>22</sup>.

cuentro personal entre un profesional con buen juicio clínico y el paciente, encuentro que genere confianza en la relación, al tiempo que preguntamos por posibles situaciones psicosociales adversas desencadenantes, por antecedentes familiares y personales de trastorno mental, de adicción a sustancias, o por la existencia de factores de riesgo de depresión (tabla 4). Observamos la comunicación no verbal (expresión facial triste y abatida, postura retraída, aspecto descuidado) y buscamos la colaboración de la persona que consulta, y si es posible también de sus familiares, de cara al tratamiento. El riesgo potencial de suicidio debe explorarse siempre en la entrevista, aunque aparentemente no exista<sup>24,25</sup>.

**Valoración del riesgo de suicidio<sup>24</sup>**

Los factores de riesgo asociados a la conducta suicida se dividen en socioambientales e individuales. Los factores de riesgo socioambientales muestran una gran variabilidad entre países y son menos predecibles. Tienen que ver con la edad (más en edades avanzadas, pero hay un incremento en jóvenes); el sexo (más en hombres); el estado civil y la composición del hogar; el desempleo, la migración, la religión, la profesión y la integración social y familiar. Los factores de riesgo individuales son menos variables y más predecibles. El riesgo es mayor si hay adicciones o enfermedad psiquiátrica previa



**Figura 1.** Diagnóstico del estado de ánimo depresivo (DSM-IV-AP).  
Tomada de: *American Psychiatric Association*<sup>23</sup>.



(depresión, esquizofrenia, adicciones al alcohol o a otras drogas, algunos trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno límite), antecedentes familiares de suicidio, impulsividad, eventos vitales adversos graves, conductas suicidas previas, enfermedades graves o limitaciones físicas importantes.

El suicidio está más asociado a sentimientos de desesperanza que a síntomas depresivos. La valoración de la ideación suicida se basará en la entrevista. Una vez establecido un cierto grado de comunicación con el paciente hay que preguntarle en este sentido, por ejemplo: “¿Piensa que en su situación sería mejor dejar de existir, morir?”. La persona puede encontrar aquí la posibilidad de explicarse y sentirse aliviada, y disminuye la presión de la conducta suicida por sí misma. En la entrevista, si el paciente dice que ha pensado en morir, hay que diferenciar entre la ideación suicida poco concreta (por ejemplo, “No vale la pena vivir, me gustaría morir”) y una verdadera planificación del acto (si la persona ha pensado en los últimos 15 días en hacerlo, cuándo, de qué manera, si se ha documentado, etc.). También hay que averiguar si hay alguno de los factores de riesgo individuales citados antes. Si hay ideación suicida pero sin planes concretos, y tiene buen apoyo familiar, consideraremos que hay un riesgo intermedio, citaremos al paciente cada semana haciendo una evaluación cuidadosa del riesgo de suicidio en cada visita y acordaremos con el paciente que llame o se ponga en contacto si las ideas de suicidio se hacen más intensas, hasta que el riesgo disminuya. Además, programaremos interconsulta preferente con el psiquiatra. Si hay ideación y planes actuales o no hay suficiente autocontrol o apoyo familiar, haremos derivación urgente para evaluación psiquiátrica e ingreso inmediato.

## Cuestionarios y escalas para detectar un trastorno del estado de ánimo o su gravedad

Deberían usarse para facilitar la recogida de datos en estudios de investigación por parte de personal no experto, y en la práctica clínica, en caso de usarse, solo serían un primer paso en el cribado, ya que la confirmación del diagnóstico debe llegar a través de la entrevista y del buen juicio clínico en el marco de una relación de transferencia. Sin embargo, la falta de tiempo y de formación de los profesionales para hacer una buena entrevista en sa-

lud mental, junto con el uso generalizado de la informática en las consultas, ha facilitado la difusión de cuestionarios y escalas que tienden, desafortunadamente y de forma simplista, a sustituir un diagnóstico clínico cualitativo por una cifra resultado de un determinado cuestionario que puede acabar avalando o no un diagnóstico o un tipo de abordaje terapéutico.

Los cuestionarios a utilizar en los TEA deberían incluir al menos dos preguntas referentes al ánimo y a la capacidad de disfrute de la persona (grado de recomendación B)<sup>25</sup>.

Algunos de los más usados son:

- *Hamilton Rating Scale for Depression*<sup>26</sup>.
- *Montgomery Asberg Depression Rating Scale*<sup>27</sup>.
- *Beck Depression Inventory*<sup>28</sup>.
- *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) adaptada al DSM-IV y a la CIE-10<sup>29</sup>.
- *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), cuestionario para valorar la gravedad del episodio depresivo y el riesgo de suicidio<sup>30</sup>, que puede servir de complemento a la entrevista (anexo 1).
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG), que sirve para valorar el eje V del DSM IV-TR<sup>1</sup> y cuantifica el impacto del TEA en la actividad psicológica, social y laboral<sup>31</sup> (anexo 2).
- En niños y adolescentes, entre los cuestionarios traducidos y validados al castellano destacamos el *Children Depression Inventory* en su versión abreviada (CDI-S)<sup>32,33</sup>, que consta de 10 ítems. Es aplicable de 7 a 17 años. Se le critica que la mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, pero no aspectos biológicos ni conductuales.

Existen escalas y cuestionarios que han sido diseñados específicamente para la AP. Podemos destacar, entre otros:

- La Subescala de depresión de Goldberg (EADG)<sup>34,35</sup> (anexo 3).
- La Escala de depresión en geriatría (GDS) de Yesavage<sup>36</sup> en la versión reducida de 15 ítems (anexo 4).

También existe una versión de 5 ítems de la GDS que podría ser útil como prueba de cribado de trastorno depresivo en hombres mayores, pero su rendimiento es peor que el de la versión de 15 ítems en las mujeres<sup>37</sup>.

Los posibles casos detectados, posteriormente, deberán confirmarse siempre a través de la entrevista clínica.

**Anexo 1. PHQ-9 (cuestionario sobre la salud del paciente-9)**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?  
(Marque con una “✓” para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a), o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Sume las columnas <u>0</u> + <u>    </u> + <u>    </u> + <u>    </u> = Total Score: <u>    </u>				

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil

☐

Un poco difícil

☐

Muy difícil

☐

Extremadamente difícil

☐

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Interpretación: < 10, síntomas depresivos mínimos o leves; 10-14, depresión leve; 15-19, depresión moderada; 20-27, depresión grave.

## Diagnóstico diferencial para diagnosticar un trastorno del estado de ánimo

El primer paso ante la sospecha de un TEA es descartar las causas de origen orgánico o por consumo de sustancias (tablas 5 y 6), o bien un duelo por la muerte de una persona querida ocurrida hace menos de 2 meses. Un duelo inferior a 2 meses, a no ser que evolucione de manera muy patológica, descartará el diagnóstico de trastorno depresivo (fig. 1). Pasado ese tiempo se puede revalorar si el paciente

en duelo cumple criterios de trastorno depresivo mayor.

También deberá hacerse el diagnóstico diferencial entre trastorno depresivo y trastorno bipolar, según hemos visto en el apartado “Clasificación de los trastornos del estado de ánimo”. Cuando la clínica parece desencadenada por algún estrés psicosocial, como los problemas laborales o familiares, y no cumple los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, el diagnóstico será de trastorno de adaptación con ánimo deprimido o mixto (si los síntomas depresivos se alternan durante el mismo día con síntomas ansiosos).

## Anexo 2. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Esta escala valora el eje V del DSM IV-TR. Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

Asignar un único valor (entre 0 y 100), teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad. Reflejar el período de tiempo al que se refiere la evaluación (por ejemplo, "actual" o "en el ingreso").

Es muy importante destacar que, según el DSM-IV-TR<sup>1</sup>, el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido se diferencia del trastorno depresivo subclínico o trastorno depresivo no especificado solamente en que, en el primero, los síntomas depresivos responden a un estresante psicosocial. Ahora bien, para encontrar este estresante hay que saber

entrevistar a la persona, con paciencia, entendiendo su contexto psicosocial, ayudándola a pensar en su situación, a relacionar hechos que no ha podido integrar, y es entonces cuando, quizá, podrá darse cuenta de que estos síntomas depresivos tienen que ver con una situación particular pasada o presente de su realidad y podrá mejorar su elaboración de

**Anexo 3. Subescala de depresión de Goldberg<sup>34,35</sup>****Subescala de depresión**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?  
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

**Total depresión: > 3**

Detecta el 82% de casos de depresión en este punto de corte > 3.

**Anexo 4. Escala de depresión en geriatría (GDS) de Yesavage<sup>36,37</sup>****Escala de depresión geriátrica reducida de Yesavage (GDS -15)**

Valoración:

0-5 puntos: normal.

6-10 puntos: probable depresión leve

(S: 84%, E: 95%)

&gt; 10 puntos: depresión establecida

(S: 80%, E:100%)

1. **¿Está básicamente satisfecho con su vida? No**
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades e intereses? Sí
3. ¿Siente que su vida está vacía? Sí
4. **¿Se siente a menudo aburrido? Sí**
5. ¿Esta de buen talante la mayor parte del tiempo? No
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? Sí
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? No
8. **¿Se siente a menudo abandonado? Sí**
9. **¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? Sí**
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? Sí
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo? No
12. **¿Actualmente se siente un/una inútil? Sí**
13. ¿Piensa que su situación es desesperada? Sí
14. ¿Se siente lleno de energía? No
15. ¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted? Sí

(GDS-5) dos o más respuestas indican posible depresión

GDS-15 (todas las preguntas) y GDS-5 (solo preguntas en negrita).

esos hechos<sup>38,39</sup>. Pero si el diagnóstico se hace exclusivamente a base de pasar cuestionarios y escalas, sin una escucha empática, sin profundizar en lo que le pasa al sujeto, estos significados fácilmente se perderán y el paciente no encontrará el sentido de lo que le sucede. Esto repercutirá en el pronóstico a medio y largo plazo<sup>40</sup>.

Los síntomas depresivos a menudo se asocian a síntomas de ansiedad, y la clasificación CIE-10<sup>2</sup> acepta el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo cuando a pesar de una buena entrevista no se encuentran los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo o de ansiedad específicos. También hay que hacer el diagnóstico diferencial con trastornos de la personalidad, esquizofrenia en fase residual, trastornos de la alimentación y trastornos por somatización.

## Exploraciones complementarias en los trastornos del estado de ánimo

No existen pruebas de laboratorio ni exploraciones complementarias diagnósticas de TEA. La finalidad de practicar estas pruebas es descartar otras patologías orgánicas y valorar la posible repercusión del tratamiento farmacológico.

Habrà que realizar una exploración física completa, especialmente en las personas de más de 50 años, ya que la patología orgánica es más frecuente con el aumento de la edad. Es importante la exploración neurológica para detectar, por ejemplo, una enfermedad de Parkinson incipiente, y usar cuestionarios de detección del deterioro cognitivo si se plantea el diagnóstico diferencial de una pseudodemencia depresiva.

Se recomienda pedir una analítica que comprenda hemograma, glucemia, electrolitos, función renal y hepática y estudio de función de tiroides. Cuando se deba hacer el diagnóstico diferencial con deterioro cognitivo, o demencia incipiente, para descartar las causas orgánicas, se solicitarán también pruebas de detección de lúes y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como detección de ácido fólico y vitamina B<sub>12</sub>. En casos concretos puede ser necesario realizar una prueba de imagen cerebral ante la sospecha de enfermedad orgánica cerebral (proceso expansivo intracerebral, accidente vasculocerebral, etc.). Podemos pedir un electrocardiograma en pacientes mayores de 50 años si se prevé administrar fármacos con posible repercusión cardiológica.

## Criterios de ingreso o de consulta en servicios especializados de los pacientes con trastorno del estado de ánimo

Después de establecer la gravedad del caso valorando los antecedentes biográficos y explorando si existen antecedentes de episodios similares previos, ingresos psiquiátricos, episodios de manía o hipomanía, precedentes de intentos de suicidio, síntomas psicóticos, alcoholismo u otras adicciones, etc., hay que orientar un diagnóstico y decidir si hay un motivo de ingreso urgente o de consulta preferente concertada con los servicios de salud mental (tabla 7).

En aquellos casos en que esté recomendada una intervención psicoterapéutica que no puede ser proporcionada por el Equipo de Atención Primaria (EAP), habrá que comentar el caso en interconsulta con los/las profesionales del centro de salud mental de referencia para decidir dónde podrá recibir el paciente el mejor tratamiento.

Si no hay un motivo de ingreso urgente, decidiremos el plan terapéutico.

## Tratamiento de los pacientes con trastorno del estado de ánimo

El tratamiento farmacológico es el tratamiento prioritario en los TB, y siempre está indicado en el trastor-

no depresivo mayor moderado y grave (grado de recomendación A)<sup>25</sup>. No debe usarse de forma habitual para el tratamiento de los síntomas depresivos persistentes o subclínicos, o en depresión mayor leve. Pero debe considerarse su uso en personas con depresión mayor leve que tengan antecedentes de depresión moderada o grave, o en aquellos en que la presentación inicial de los síntomas depresivos subclínicos estén presentes durante al menos 2 años, o persistan después de otras intervenciones (grado de recomendación D)<sup>25</sup>.

## Abordaje terapéutico del paciente con ánimo deprimido

Los objetivos del abordaje terapéutico son:

- Acompañar a la persona en el difícil proceso de identificar, tolerar y elaborar las causas de su sufrimiento mental hasta donde sea posible, con el fin de que el trabajo mental de elaboración que ha tenido que hacer durante el episodio depresivo contribuya a aumentar su capacidad de pensar, de comprender, trabajar y afrontar nuevas situaciones.
- Alcanzar la remisión, es decir, la desaparición completa de la sintomatología depresiva y la recuperación funcional (psicológica, social y laboral).
- Prevenir las recaídas y las recurrencias. A veces solo se puede conseguir una respuesta o remisión parcial; esto puede ser problemático porque la respuesta sin remisión total se asocia a un mayor riesgo de recaída.

Una vez orientado el diagnóstico tendremos que explicárselo a la persona afectada de una manera comprensible, evitando hacer juicios de valor o sim-

**Tabla 7. Criterios de derivación e ingreso de los trastornos del estado de ánimo**

**Propondremos visita concertada preferente a los servicios de salud mental si se trata de una persona que padece:**

- Un trastorno bipolar
- Un trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento
- Un trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos

**Propondremos ingreso urgente si se trata de una persona:**

- En la que detectamos ideación y planes actuales de suicidio
- Con riesgo de suicidio sin suficiente autocontrol y/o apoyo familiar
- Con trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos cuyo entorno familiar no haga recomendable esperar a una visita concertada
- Con trastorno bipolar en fase maníaca aguda cuya gravedad y/o entorno familiar no hagan recomendable esperar a una visita concertada

plificaciones, intentando comprender su personalidad, sus creencias y fantasías sobre los trastornos depresivos y su abordaje terapéutico. Es básico evaluar la disponibilidad y posible apoyo de familiares cercanos. En todo caso, es muy importante la contención del paciente desde el inicio de la entrevista, por parte del profesional en medicina de familia (MF) y también del personal de enfermería, buscando fomentar una relación realista, lo más segura y estable posible durante el proceso, que ayude al paciente a confiar en sus propias capacidades.

Al profesional de AP, la relación asistencial, que posiblemente ya habrá ido construyendo en muchos casos en entrevistas anteriores, le ayudará a acompañar a la persona en el proceso, y a lo largo de las sucesivas entrevistas. Si el profesional sanitario está atento, es bastante capaz y está bien formado, pueden aparecer nuevos significados para el profesional y la persona que consulta que faciliten la comprensión de las vivencias psíquicas que son causa de su sufrimiento. Cuando se da esta comprensión que le ayuda en el proceso de elaboración mental se producen cambios psíquicos perdurables desarrollando su capacidad de pensar. La relación asistencial también facilita el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico, cuando éste está indicado.

## Tratamiento no farmacológico de los trastornos depresivos

### Sobre las intervenciones psicoterapéuticas

Aunque la Guía de Referencia Rápida NICE para depresión en el adulto del 2009 proporciona recomendaciones claras y definitivas en cuanto a qué terapias se recomiendan en los estados de depresión, una exploración del texto de la guía completa<sup>12</sup> revela que, en realidad, la evidencia de la superioridad de una psicoterapia particular en relación con otra está lejos de ser clara. Son interesantes los estudios que prueban que la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se debe más al efecto positivo de la relación asistencial y la alianza terapéutica que a los cambios cognitivos que pretenden provocar<sup>41</sup>. Es decir, los efectos no específicos que han sido identificados a través de metaanálisis no son hallazgos triviales, sino características importantes de la terapia psicológica<sup>42</sup>; así, diferentes enfoques teóricos, si cuidan la relación y la alianza terapéutica, tienden a obtener resultados similares<sup>43</sup>.

## Intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas: el modelo escalonado

La guía NICE de depresión del 2009<sup>12</sup> introduce un modelo de atención escalonada del trastorno depresivo, el cual establece un marco para organizar la prestación de servicios, y ayuda a identificar y acceder a las intervenciones que, según las pruebas publicadas, parezcan más eficaces. La intervención menos intrusiva y más eficaz es siempre la primera recomendada. Si una persona no se beneficia de la intervención, o la rechaza, la guía propone ofrecer una intervención adecuada entre las recomendadas en el paso siguiente.

a) Tratamiento no farmacológico (no F) de los síntomas persistentes de trastorno depresivo subclínico o en el trastorno depresivo mayor leve o moderado: En estos casos, esta guía recomienda estudiar el ofrecimiento de una o más de las que llama intervenciones psicosociales de baja intensidad, según la preferencia de la persona a tratar (grado de recomendación B)<sup>25</sup>.

*Intervenciones psicosociales de baja intensidad.* Pueden desarrollarse con el apoyo de los EAP<sup>44</sup>.

– Autoayuda individual guiada basada en los principios de la TCC, por ejemplo a través de un libro de autoayuda (biblioterapia)<sup>45</sup>.

– TCC informatizada (TICC)<sup>46</sup>.

– Un programa de actividad física estructurado por grupos.

– En el caso de pacientes que sufren un problema físico crónico también se recomiendan los grupos de autoayuda<sup>47</sup>.

En nuestro país, a este mismo nivel se realizan los llamados grupos psicoeducativos<sup>48</sup>.

Para aquellas personas con síntomas persistentes de trastorno depresivo subclínico, o trastorno depresivo leve o moderado que lo prefieran, la guía NICE también propone ofrecer asesoramiento (*counselling*) en 6 a 10 sesiones a lo largo de 8 a 12 semanas, o bien psicoterapia psicodinámica breve en 16 a 20 sesiones durante 4-6 meses. Hay estudios que demuestran<sup>49</sup> que las personas que reciben psicoterapia psicoanalítica mantienen los beneficios terapéuticos más tiempo y continúan mejorando después de terminado el tratamiento.

b) Tratamiento no F del trastorno depresivo mayor moderado o grave. La guía NICE propone una combinación de fármacos antidepresivos y una interven-



ción psicológica de alta intensidad (grado de recomendación B)<sup>25</sup>, ya sea TCC o terapia interpersonal (TIP)<sup>50</sup>, en 16-20 sesiones durante 3-4 meses. La TCC debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal (grado de recomendación B)<sup>25</sup>. En el caso de pacientes que sufren un problema físico crónico se recomienda también plantear la TCC de pareja (15-20 sesiones durante 5 o 6 meses) cuando exista una pareja estable con la que trabajar<sup>47</sup>.

c) Tratamiento no F de continuación y prevención de recaídas y recurrencias. También según la guía NICE, a aquellas personas con trastorno depresivo mayor que se considera que tienen un riesgo significativo de recaída (incluidas las que han recaído pese al tratamiento farmacológico antidepresivo o que no pueden o deciden no seguir dicho tratamiento antidepresivo) o que tienen síntomas residuales se les debería ofrecer una de las siguientes intervenciones psicológicas:

– TCC individual (grado de recomendación A)<sup>25</sup> para las personas que han sufrido una recaída a pesar de la medicación antidepresiva y para aquellas con una historia significativa de trastorno depresivo mayor y de síntomas residuales pese al tratamiento.

– Terapia cognitiva centrada en la atención plena (*mindfulness*) para las personas que actualmente están bien pero han experimentado tres o más episodios previos de trastorno depresivo mayor (riesgo de recurrencia).

d) Tratamiento no F en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor moderado o grave. La guía NICE de depresión para niños y adolescentes de 2005<sup>51</sup> recomienda, como primera opción terapéutica, ofrecer psicoterapia específica individual (TCC o TIP) o terapia familiar, como mínimo de 3 meses de duración. Si pasadas las primeras 4 o 6 sesiones no hubiera mejoría, se debería revisar el caso con el apoyo del psicólogo o psiquiatra infantil e incluso plantearse tratar a los padres o cuidadores.

## Tratamiento farmacológico de los trastornos depresivos

La comercialización de la fenelzina, el primer inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), y de la imipra-

mina, primer antidepresivo tricíclico (ADT), a mediados del pasado siglo marcó un cambio importante y positivo en el pronóstico de la depresión grave. Entonces el uso de los antidepresivos de los grupos ADT e IMAO se reservaba a los psiquiatras y solo para tratar depresiones moderadas o graves por las múltiples interacciones y frecuentes efectos adversos de esos fármacos. Ahora bien, en la segunda mitad de la década de 1980 llegó al mercado el Prozac® (fluoxetina) un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) publicitado en Estados Unidos como “la píldora de la felicidad”, al que siguieron otros del mismo grupo, bien tolerados, de fácil manejo, con pocos efectos secundarios e interacciones, lo que puso el uso de los antidepresivos al alcance de cualquier profesional de la medicina. A partir de ese momento se ha extendido e incluso banalizado el uso de los ISRS. Aquí, la industria farmacéutica ha encontrado una gran fuente de negocio que no ha desaprovechado.

## El efecto placebo en el tratamiento de la depresión

Es conocido que en la depresión se observa una respuesta a placebo superior que en el resto de las enfermedades. El efecto placebo es un fenómeno complejo que implica experiencias conscientes e inconscientes. Entre otras cosas, implica la movilización de un sentido de la esperanza y del significado. Recientes y solventes publicaciones dudan de la eficacia real de los fármacos antidepresivos, ya que el placebo es también muy eficaz en las depresiones mayores leves y moderadas<sup>52-54</sup>. Usualmente, la respuesta al placebo, en los ensayos clínicos de depresión, oscila en un 30-40%. En pacientes gravemente deprimidos, los antidepresivos resultan notablemente superiores; sin embargo, en los pacientes con trastorno depresivo menos grave o con episodios de corta duración, la respuesta al placebo es de alrededor del 50% y, a menudo, no distinguible de la respuesta al fármaco antidepresivo<sup>55</sup>. Además se han detectado importantes sesgos de publicación<sup>56</sup>, que ponen en cuestión las pruebas en que se basan las recomendaciones de las guías. La polémica afecta también a los llamados “nuevos antidepresivos”<sup>57</sup>, más caros pero no mejores.

## El tratamiento con fármacos antidepresivos

Actualmente se acepta que los antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave (grado de recomendación

A)<sup>25</sup> combinado con las intervenciones psicológicas de alta intensidad. Pero en el trastorno depresivo mayor leve no se recomienda dar fármacos antidepresivos en la fase inicial, ya que la relación entre riesgo y beneficio es pobre<sup>12</sup>, excepto si ese paciente ha presentado anteriormente depresión moderada o grave (grado de recomendación D)<sup>25</sup>.

Los fármacos llamados antidepresivos también se usan en otras indicaciones, como en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, crisis de pánico), del insomnio, la bulimia y del dolor crónico, entre otros.

Es recomendable estar familiarizado con el manejo de pocos antidepresivos de diferente perfil, y antes de iniciar un tratamiento debemos informar al paciente de los efectos secundarios, del período de latencia terapéutica y de los efectos de una interrupción o reducción brusca del tratamiento. Conviene explorar las fantasías y temores en relación con el tratamiento para intentar evitar que el paciente lo interrumpa. Recomendaremos evitar el consumo de alcohol y ser prudentes en la conducción de vehículos mientras dure el tratamiento.

#### a) La selección del antidepresivo

Para elegir un determinado antidepresivo, el principal factor será que no empeore las patologías orgánicas que ya padezca el paciente, puesto que no hay suficientes pruebas para decidir si un antidepresivo será mejor que otro en relación con un determinado subtipo de trastorno depresivo<sup>12</sup>. Se recomienda iniciar el tratamiento con un ISRS, y preferiblemente, por la experiencia en su uso, por precio y por ser bien tolerados, elegiremos entre fluoxetina, paroxetina, citalopram o sertralina en forma genérica según la edad del paciente, comorbilidad y los efectos anticolinérgicos. Los ISRS son la mejor opción farmacológica en el tratamiento de la depresión mayor (grado de recomendación A)<sup>25</sup> por su buena tolerancia, buena relación coste/eficacia y su amplia experiencia de uso (tabla 8). Como segunda opción, con larga experiencia de uso y aún muy útiles en algunos casos tenemos los antidepresivos tricíclicos (ADT) y heterocíclicos (ADT-HC)<sup>58</sup>. A los pacientes que reciban tratamiento con cualquier ADT y no lo toleren se les deberá prescribir un ISRS (grado de recomendación A)<sup>25</sup>. La tabla 9 muestra de forma muy resumida las dosis y efectos secundarios de los fármacos recomendados para la AP y de otros fármacos antidepresivos disponibles o de reciente comercialización. Si un antidepresivo fue eficaz y bien tolerado anteriormente, puede predecir su eficacia en un nuevo episodio, y a la inversa. Perfiles concre-

**Tabla 8. Antidepresivos de elección en atención primaria según las características del paciente**

En adolescentes de 12 a 18 años*: fluoxetina
En embarazadas*: fluoxetina, sertralina o maprotilina
En la lactancia: paroxetina o citalopram
Si patología crónica, polimedicados: citalopram o sertralina
Si pacientes con cardiopatía isquémica: sertralina

\*Tratar con fármacos tan solo si se considera imprescindible.

tos de pacientes podrían aconsejar diferentes fármacos, más por su tolerabilidad y los efectos adversos que por diferencias en la eficacia (grado de recomendación B)<sup>25</sup>. La venlafaxina debe considerarse un tratamiento de segunda línea en pacientes con depresión mayor (grado de recomendación A)<sup>25</sup>.

– En la infancia y adolescencia no se recomienda el uso de ISRS por la posibilidad de aumento de ideación y conductas suicidas<sup>51,59,60</sup> excepto en combinación con una terapia psicológica y siempre con una cuidada monitorización de las posibles reacciones adversas. En estas condiciones, en el grupo de 12 a 18 años se recomienda fluoxetina como primera opción y sertralina o citalopram como fármacos de segunda línea, pero se desaconsejan absolutamente la paroxetina y venlafaxina. En edades inferiores no está demostrada la efectividad del tratamiento farmacológico.

– Las mujeres que deseen quedarse embarazadas y las que se queden embarazadas durante la terapia deberán consultar a su médico para valorar las ventajas e inconvenientes de iniciar, sustituir o mantener un fármaco antidepresivo. Si el tratamiento farmacológico es imprescindible, son de elección la fluoxetina, la sertralina o la maprotilina. La fluoxetina y la sertralina están en la categoría C de la Food and Drug Administration (FDA), su uso se acepta durante el embarazo, pero no hay que olvidar los posibles efectos adversos sobre el alumbramiento y el recién nacido cuando se administra durante los últimos 3 meses o antes del parto. La maprotilina está en la categoría B de la FDA, pero no hay estudios clínicos adecuados y bien controlados en humanos. Durante la lactancia, si se valora que es necesario el tratamiento farmacológico, pueden utilizarse paroxetina o citalopram, que se excretan en bajas concentraciones en la leche materna. El riesgo de efectos adversos en el lactante disminuye a medida que el lactante se hace mayor. La sertralina se excreta a mayor concentración con la leche materna y se desconocen los efectos sobre el comportamiento y el

**Tabla 9. Fármacos antidepresivos: los más utilizados en atención primaria y los de reciente comercialización**

<b>Fármacos antidepresivos</b>	<b>Tipo</b>	<b>Dosis:inicio/efectiva/máxima</b>	<b>Efectos secundarios</b>
Amitriptilina (Tryptizol®, Deprelio®)	ADT	30 mg/día/75-150 mg/día/ 300 mg/día (inicio 10 mg en ancianos)	Efectos anticolinérgicos +++; sedación +++, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Clomipramina (Anafranil®)	ADT	30 mg/día/100-250 mg/día/ 250 mg/día (inicio 10 mg en ancianos)	Efectos anticolinérgicos +++; sedación ++, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Imipramina (Tofranil®)	ADT	75 mg/día/75-100 mg/día/ 300 mg/día (inicio 30 mg en ancianos)	Efectos anticolinérgicos ++, sedación ++, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Nortriptilina (Norfenazin®, Paxtibi®)	ADT	20 mg/día/75 mg/día/ 150 mg/día	Efectos anticolinérgicos +++; sedación +, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Maprotilina (Ludimil®)	HC	25 mg/día/50-100 mg/día/ 150 mg/día	Efectos anticolinérgicos ++, sedación ++, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Mianserina (Lantanon®)	HC	30 mg/día/30-90 mg/día/ 160 mg/día	Efectos anticolinérgicos +, sedación ++, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Mirtazapina (Rexer®, Vastat®)	HC	15 mg/día/30-45 mg/día/ 45 mg/día	Efectos anticolinérgicos +, sedación +++, efectos cardíacos, hipotensión, convulsiones
Trazodona (Deprax®)	HC	100 mg/día/200-300 mg/día/ 600 mg/día	Sedación +++, hipotensión
Citalopram (Prisdal®, Seropram®)	ISRS	20 mg/día/20-40 mg/día/ 40 mg/día. Si > 65 años o insuficiencia hepática máximo 20 mg/día	Sedación 0/+, efectos cardíacos, convulsiones 0/+
Escitalopram (Cipralex®, Esertia®)	ISRS	10 mg/día/10-20 mg/día/ 20 mg/día. Si > 65 años: dosis máxima 10 mg/día	Sedación 0/+, efectos cardíacos, convulsiones 0/+
Fluoxetina (Prozac®, Adofen®)	ISRS	20 mg/día/20 mg/día/ 60 mg/día	Sedación 0/+, probl. por acumulación, convulsiones 0/+
Fluvoxamina (Dumirox®)	ISRS	50 mg/día/50-200 mg/día/ 300 mg/día	Sedación +/++
Paroxetina (Seroxat®, Motivan®, Frosinor®)	ISRS	10-20 mg/día/20 mg/día/ 50 mg/día	Sedación 0/+, hipotensión, efectos anticolinérgicos 0/+
Sertralina (Aremis®, Besitran®)	ISRS	50 mg/día/50-200 mg/día/ 200 mg/día	Sedación 0/+
Bupropion (Elontril®, Zyntabac®)	ISRND	150 mg/día/150 mg/día/ 300 mg/día	Sedación 0/+, HTA, convulsiones 0/+

**Tabla 9. Fármacos antidepresivos: los más utilizados en atención primaria y los de reciente comercialización (cont.)**

Fármacos antidepresivos	Tipo	Dosis: inicio/efectiva/máxima	Efectos secundarios
Duloxetina (Xeristar®, Cymbalta®)	IRSN	60 mg/día/60 mg/día/ 120 mg/día	Sedación 0/+, convulsiones 0/+
Venlafaxina (Dobupal®, Vandal®)	IRSN	75 mg/día/150-300 mg/día/ 375 mg/día	Efectos cardíacos 0/+, hipotensión, taquicardia
Reboxetina (Irenor®, Norebox®)	ISRN	4 mg/día/8 mg/día/12 mg/día	Sedación 0/+, taquicardia, hipotensión, hipopotasemia, efectos anticolinérgicos 0/+
Agomelatina (Valdoxan®)	Agonista MT1 y 2 y antagonista 5HT2c	25 mg/día/25 mg/día/ 50 mg/día/	Hepatotoxicidad ++, somnolencia
Moclobemida (Manerix®)	IMAO tipo RIMA	150 mg/día/450 mg/día/ 600 mg/día	Hipotensión, convulsiones

ADT: tricíclicos; HC: heterocíclicos; IMAO: inhibidor de la monoaminoxidasa; IRSN: inhibidor selectivo mixto de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRN: inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina; ISRND: inhibidor selectivo mixto de la recaptación de noradrenalina y dopamina; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; MT: melatonina; RIMA: inhibidor selectivo y reversible de la MAO.

desarrollo neuronal del bebé a largo plazo. Se desaconseja la fluoxetina, que se excreta con la leche materna y, por su vida media más larga, tiene riesgo de acumulación.

Los ISRS inhiben, en grado diverso, el citocromo P450, lo que debe tenerse en consideración en pacientes polimedicados. De todos modos, en general, a menos que haya interacciones con otros fármacos, en pacientes con patología crónica y polimedicados debemos elegir un ISRS en forma genérica, en principio citalopram o sertralina<sup>47</sup>. La sertralina<sup>61</sup> es de elección en personas con infarto de miocardio reciente o angina inestable, por su mayor seguridad en estas patologías. En pacientes anticoagulados se debe vigilar estrechamente el INR al introducir, modificar la dosis o interrumpir un tratamiento con un ISRS ya que, en mayor o menor grado, parece ser que todos interactúan. Además, en pacientes mayores o con otras patologías orgánicas tratados con ISRS hay que vigilar la aparición de hiponatremia haciendo analíticas periódicas de control.

#### *b) Fases del tratamiento*

Suele dividirse en tres fases:

– Fase de inicio. Dura hasta que se obtiene la remisión del cuadro y la recuperación funcional. Proponemos iniciar el tratamiento con fluoxetina, paroxetina, citalopram o sertralina (tabla 8) a la dosis habitualmente efectiva (tabla 9), aunque por precaución, en personas mayores o con dificultades para tolerar la introducción de fármacos nuevos, se puede indi-

car la mitad de la dosis durante los primeros 2 o 3 días, para alcanzar la dosis mínima eficaz en menos de 1 semana. Si solo hay respuesta parcial a las 3-4 semanas de comenzar el tratamiento a la dosis mínima eficaz, se puede aumentar la dosis progresivamente hasta alcanzar las dosis máximas. Si no se obtiene respuesta a las 3-4 semanas, y antes de cambiar de fármaco, debemos revisar el diagnóstico de trastorno depresivo, verificar el cumplimiento del tratamiento y confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas. No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras 3 semanas de tratamiento no se produce ninguna respuesta (grado de recomendación B)<sup>25</sup>. En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo (grado de recomendación B)<sup>25</sup>. El cambio a otro antidepresivo normalmente se puede lograr en menos de 1 semana cuando el cambio es entre fármacos con una vida media corta, pero deben tenerse en cuenta las posibles interacciones en la duración de la transición, por ejemplo en el caso de la fluoxetina que tiene una vida media larga (de aproximadamente 1 semana)<sup>12</sup>. Se considera que una depresión es resistente cuando, administrando dos antidepresivos consecutivamente a dosis máximas y un mínimo de 8 semanas cada uno de ellos, no se aprecia una mejoría significativa. Ese es un motivo para comentar el caso en interconsulta y decidir si es necesario que el paciente sea valorado por el psiquiatra, quien, entre otras opciones, puede optar por potenciar el efecto del an-

tidepresivo con la adición de litio o, con menos soporte científico, con antipsicóticos atípicos u otros fármacos.

Si los síntomas ansiosos o el insomnio son importantes y las demás patologías del paciente no lo desaconsejan, podemos seleccionar un antidepresivo con un perfil sedante (mirtazapina, maprotilina, trazodona) (grado de recomendación C)<sup>25</sup> o bien podemos asociar un ISRS no sedante a una benzodiacepina o a un hipnótico pero no más de 2 semanas. Se pueden utilizar combinaciones de antidepresivos, pero solo previa consulta con un psiquiatra, teniendo en cuenta la posibilidad de mayores efectos adversos.

La periodicidad de las citas con el profesional de medicina o de enfermería de familia dependerá de la evolución, pero debe ser frecuente, especialmente en las primeras semanas (semanal o quincenal) según la gravedad del caso, hasta conseguir la remisión, y continuar con citas cada 4-6 semanas a partir de ese momento hasta el final del tratamiento.

– Fase de continuación. Tiene como objetivos evitar recaídas y sostener la mejoría conseguida. El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión (grado de recomendación A)<sup>25</sup>. En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión (grado de recomendación B)<sup>25</sup>. La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión (grado de recomendación B)<sup>25</sup>. Finalizada esta fase, y si el paciente permanece sin síntomas, hay que plantear la suspensión gradual del tratamiento, supervisada para detectar una eventual reaparición de los síntomas depresivos, lo que obligaría a reinstaurar el antidepresivo a dosis completas. Debemos distinguir la reaparición de los síntomas depresivos ante la retirada del fármaco del síndrome de discontinuación de antidepresivos. Para evitar este síndrome, la retirada del tratamiento debe ser gradual, completándola en 4-8 semanas, disminuyendo un 25% de dosis a la semana.

– Fase de mantenimiento. Se propone al paciente cuando ha habido recurrencias para evitar otras nuevas. El mejor indicador del riesgo de recurrencia es el número de episodios previos. Se considera que, si no hay antecedentes de episodios previos, la probabilidad de recurrencia es de un 50%; si ha habido un episodio previo, la probabilidad es del 75%, y si ha habido dos o más episodios, esta se eleva al

90%. Otros indicadores de riesgo son la aparición de los episodios previos en un corto intervalo de tiempo, por ejemplo, en menos de 3 años, la presencia de un trastorno distímico comórbido y también la persistencia de síntomas residuales. Su duración debe individualizarse, y será de entre 1 y 5 años según el riesgo de recurrencia, la gravedad de los episodios depresivos previos y las preferencias de la persona a tratar. La dosis del antidepresivo en esta fase debería ser la misma que fue efectiva en la fase aguda y de continuación.

## Tratamiento del paciente con trastorno bipolar en atención primaria<sup>62,63</sup>

El TB es crónico, con recaídas y remisiones. Son necesarios un abordaje global y el tratamiento psicológico, farmacológico y el apoyo social a largo plazo al paciente y su familia, para reducir al mínimo el riesgo de recurrencia, para optimizar la calidad de vida, el funcionamiento social y personal.

### Papel de la atención primaria en el tratamiento de los trastornos bipolares

Es esencial disponer de un programa de atención bien coordinado entre AP (medicina, enfermería de familia, trabajo social) y los servicios de SM de referencia, con rápido acceso en los momentos de crisis.

El profesional de MF, tiene la misión de remitir de forma preferente a los pacientes con sospecha de TB a un especialista de SM para su evaluación, diagnóstico y desarrollo de un plan terapéutico, si están presentes períodos de hiperactividad o comportamiento desinhibido que dure más de 4 días, con o sin períodos de depresión, o episodios depresivos recurrentes con una historia de ánimo expansivo, hiperactividad o comportamiento desinhibido.

Una vez instaurado el tratamiento farmacológico por el especialista de SM el profesional de MF debe controlar el cumplimiento del tratamiento, las posibles complicaciones y detectar precozmente las recaídas. Como tratamiento farmacológico se usan los fármacos estabilizadores del ánimo, los antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiacepinas. El MF debe desaconsejar y detectar el abuso comórbido de alcohol y/o drogas y animar a no abandonar la medicación estabilizadora a pesar de que el paciente esté relativamente estable. Las medidas anticonceptivas y el riesgo de embarazo se deben abordar

con todas las mujeres afectadas en edad fértil, independientemente de que tengan planeado o no quedarse embarazadas.

## El tratamiento estabilizador a largo plazo

Generalmente es a base de sales de litio o anticonvulsivos. Lo iniciará el especialista en SM una vez que se confirme el diagnóstico de TB. Los fármacos de elección<sup>62,63</sup> como tratamiento para evitar recaídas dependerán de la respuesta a tratamientos previos, del riesgo de episodios maníacos o depresivos (según qué polaridad predomine), de los factores de riesgo de salud física, en especial enfermedad renal, obesidad y diabetes, de las preferencias del paciente y el tipo de cumplimiento y adherencia previo, y del sexo (el valproato se debería evitar en mujeres con probabilidad de gestación). El estado clínico, los efectos secundarios y los niveles sanguíneos del fármaco deben ser monitorizados cuidadosamente. Debe prescribirse de forma individualizada y mantenerse al menos 5 años (aunque generalmente será indefinido). Se recomienda la utilización de litio en monoterapia para la prevención de un nuevo episodio de la enfermedad, especialmente en pacientes con TB tipo I, y resulta especialmente eficaz en la prevención de episodios maníacos (grado de recomendación A), mientras que la combinación de litio con valproato es eficaz para la prevención de episodios depresivos en estos pacientes (grado de recomendación A). Para la prevención de nuevos episodios depresivos se recomienda por igual la utilización en monoterapia de litio o lamotrigina (grado de recomendación A). Se recomienda la utilización de olanzapina en monoterapia en pacientes con TB tipo I que han sufrido una fase maniaca o mixta recientemente, que han respondido en la fase aguda a tratamiento con olanzapina y cuando el objetivo es prevenir fases maniacas, y sería especialmente aconsejable en aquellos con polaridad predominante maniaca (grado de recomendación A). No es recomendable la sustitución de litio o valproato por olanzapina para la prevención de episodios depresivos.

## Tratamiento de los episodios de manía aguda

Son motivo de derivación urgente al especialista. Para el manejo de los episodios de manía aguda se recomienda la utilización de risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y litio (grado de recomendación A). Si un paciente está tomando un antidepresivo al inicio de un episodio maníaco, este debe ser

suspendido, ya sea de forma abrupta o gradual, dependiendo de las necesidades clínicas.

El uso de las sales de litio se inició a mediados del siglo pasado por su eficacia específica en la manía aguda, y desde entonces es el comparador activo por antonomasia. Es eficaz a las 2-3 semanas de inicio del tratamiento, se ha de monitorizar la dosis en función de los niveles plasmáticos cada 3-6 meses –ya que el margen terapéutico es estrecho–, y hay que estar familiarizado con sus efectos secundarios (temblor, náuseas y vómitos, diarrea, alteración de la función tiroidea, etc.) y con sus contraindicaciones. Existe una evidencia sólida acerca del efecto específico del litio de prevención del suicidio en pacientes bipolares.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Trastornos del estado de ánimo. En: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002. p. 387-476.
2. OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
3. Geddes J, Butler R, Hatcher S, Cipriani A, Price J, Carney S, et al. Depression in adults. Clin Evid. 2006;15:1366-406.
4. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. J Abnorm Psychol. 2000;109:588-96.
5. Godlee F. Who should define disease? BMJ. 2011;342:d2974.
6. Reed GM, Anaya C, Evans SC. ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? Int J Clin Health Psychol. 2012; 12:461-73.
7. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry. 2003; 160:4-12.
8. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Estados depresivos y crisis de melancolía. En: Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson, S.A.; 1969. p. 235-72.
9. Ortíz A, Lozano C. El incremento de la prescripción de anti-depresivos. Aten Primaria. 2005;35:152-5.
10. Adán-Manes J, Ayuso JL. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en Atención Primaria: un fenómeno en auge. Aten Primaria. 2010;42:47-9.
11. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2010. IT del Sistema Nacional de Salud. 2011;35:124-8.
12. NICE. Depression: Treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline number 90; 2009.



13. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Son; 1995.
14. The ESEMeD/MEDEA 2000 investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(Supl. 420):21-7.
15. Aragonés E, Gutiérrez MA, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garrera I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27: 623-8.
16. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee BH, Bienvenu J, Zandi P. Population based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65: 513-20.
17. Tizón JL. Prevención de los trastornos de salud mental en atención primaria. En: PAPPS-semFYC, editores. Curso a distancia de prevención en Atención Primaria (Módulo 6). Barcelona: semFYC-Renard Ediciones; 2002.
18. Aragonès E, Labad E, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res*. 2005;58:145-51.
19. Achotegui J, editor. Depresión y ansiedad en el inmigrante. Barcelona: Mayo; 2003.
20. Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja MJ, et al. Cross sectional study of the prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *Psychosomatics Res*. 2008;49:520-9.
21. Herrán A, Rodríguez B, Vázquez-Barquero JL. Trastornos depresivos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria* 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2007. p. 237.
22. Pedrejón C, Horga G, Vieta E. Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2007. p. 258.
23. American Psychiatric Association. *DSM-IV Atención Primaria (DSM-IV-AP)*. Barcelona: Masson; 1997.
24. Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. En: *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010.
25. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008.
26. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
27. Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
29. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Supl. 20):22-33;quiz 34-57.
30. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
31. American Psychiatric Association. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG). En: *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002;40.
32. Kovacs M. *The Children's Depression Inventory (CDI) manual*. North Tanawanda. New York, NY: Multi-Health Systems; 1992.
33. Del Barrio MV, Roa ML, Olmedo M, Colodrón F. Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*. 2002;1:263-72.
34. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*. 1988;297:897-9.
35. Montón C, Pérez Echeverría MI, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 1993;12:345-9.
36. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res*. 1983;173:37-49.
37. Del Valle R, Hernández-Sánchez AM, Rexach LI, Jentoft AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en la población española. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:276-80.
38. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012;201:430-4.
39. Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen - and soon. *Br J Psychiatry*. 2012;201:421-2.
40. Frances A. The first draft of DSM-V if accepted will fan the flames of false positive diagnoses. *BMJ*. 2010;340:c1168.
41. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64: 295-304.
42. Budd R, Hughes I. The Dodo Bird Verdict-controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clin Psychol Psychother*. 2009;16:510-22.
43. Stiles WB, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychol Med*. 2008;38:677-88.

44. Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions delivered by general practitioners. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. CD003494.DOI:10.1002/14651858.CD003494.
45. Burns DD. Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones. Barcelona: Paidós Ibérica; 2010.
46. NICE. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Technology Appraisal 97. 2008.
47. NICE. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. National Clinical Practice Guideline, number 91; 2009.
48. Grup de treball del Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada a l'atenció primària. PI07/90712.
49. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. Am Psychol. 2010;65:98-109.
50. Klerman GL, Rounsaville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York: Basic Books; 1984.
51. NICE. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline, number 28; 2005.
52. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. CD003012.
53. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Jonson BT. Initial severity and antidepressant benefits. A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PloS Med. 2008;5:e45.
54. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA. 2010;303:47-53.
55. Thompson JJ, Ritenbaugh C, Nichter M. Reconsidering the placebo response from a broad anthropological perspective. Cult Med Psychiatry. 2009;33:112-52.
56. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Eng J Med. 2008;358:252-60.
57. Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, Härter M, Kromp M, Kaiser T, et al. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. BMJ. 2010;341:c4737.
58. Villa LF, editor. *Medimecum*: guía de terapia farmacológica. 17.<sup>a</sup> ed. Madrid: Adis; 2012; p. 914-35.
59. Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ. 2004;328:879-83.
60. Iruela LM, Picazo J, Peláez C. Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009;33:35-8.
61. Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
62. NICE. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline, number 38;2006.
63. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN Núm. 2012.